



UNDRR

UN Office for Disaster Risk Reduction

LA RÉSILIENCE AUX CATASTROPHES TABLEAU DE BORD DES VILLES

AVRIL 2020

ADDENDA SUR LA RESILIENCE DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE

Version Consultative 2.0



Tableau de Bord des Villes pour la Résilience aux Catastrophes: Addenda sur la Résilience du Système de Santé Publique

L'un des problèmes connus du [tableau de bord des villes pour la résilience aux catastrophes de UNDRR](#) («le tableau de bord») est que les problèmes de santé publique et les conséquences des catastrophes ne sont pas suffisamment mis en exergue. Alors que les facteurs de santé les plus évidents tels que les capacités des services hospitaliers et la sécurité structurelle et non structurelle sont couverts dans le tableau de bord (sous le point Essentiel 8 – voir ci-dessous), D'autres problèmes de santé publique liés aux catastrophes n'ont pas été bien soulignés. Cet addenda promulgué par UNDRR, avec le soutien de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et des partenaires, vise à y remédier. L'addenda doit être utilisé conjointement avec le tableau de bord de UNDRR et le [Cadre de l'OMS pour la Gestion des Urgences Sanitaires et des Risques de Catastrophe \(Health EDRM\)](#).

Le terme «problèmes de santé publique» est ici utilisé pour couvrir les impacts généralisés sur la santé d'une population qui accompagne les urgences et les catastrophes. Ceux-ci peuvent inclure:

- Événements à part entière (par exemple, une épidémie ou pandémie, sécheresse, tremblement de terre, inondation, tornade, famine, incendies de forêt, pics de pollution atmosphérique);
- Conséquences immédiate d'une catastrophe (par exemple, victimes massives, traumatismes physiques, maladies et effets sur la santé mentale);
- Conséquences secondaires des catastrophes avec risques et impacts sanitaires (par exemple, la malnutrition, les flambées de maladies d'origine hydrique dues à des systèmes d'assainissement endommagés, la perturbation des moyens de subsistance, la perturbation des programmes de vaccination, les impacts psychologiques à long terme, l'augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles ou les effets multiples des séjours de longue durée dans des conditions de vie temporaires);
- Interruptions des services de soins de santé pour les personnes ayant des problèmes préexistants de santé (par exemple, l'accès aux médicaments pour les maladies chroniques, ou lorsqu'une longue panne de courant a désactivé les appareils de dialyse à domicile ou les fauteuils roulants électriques);

- Prise en compte des besoins des populations vulnérables suite à une catastrophe (par exemple, les pauvres, les très jeunes, les personnes handicapées, les personnes âgées, les femmes);
- La capacité du système de santé (au sens large - voir ci-dessous) dans une ville à faire face à ces problèmes tout en continuant à s'acquitter de ses fonctions quotidiennes de soins aux malades et aux blessés et d'atténuation des risques pour la santé du grand public.

Le terme «système de santé publique» comprend, sans toutefois s'y limiter, tous les éléments énumérés à l'annexe 2 du cadre EDRM de la santé et certains autres éléments. À titre d'exemples:

- Services de santé;
- Hôpitaux;
- Établissements résidentiels et maisons de retraite;
- Cliniques de santé communautaire, cabinets de médecins de famille et centres de soins ambulatoires;
- Établissements de santé mentale;
- Services de santé du secteur public;
- Systèmes de surveillance des maladies;
- Installations de laboratoire de santé;
- Systèmes d'approvisionnement et de distribution de dispositifs et d'équipements pharmaceutiques et médicaux;
- Systèmes de santé environnementale (par exemple pour les matières dangereuses);
- Systèmes d'eau et d'assainissement;
- Systèmes de distribution et de sécurité alimentaire;
- Les processus et les installations d'information, d'engagement et de sensibilisation de la communauté;
- Centres de contrôle de gestion des urgences;
- Systèmes non sanitaires dont les soins de santé peuvent être extrêmement dépendants - énergie, eau, communications, routes, sensibilisation des communautés, etc. (pour lesquels, voir le tableau de bord des villes de UNDRR);
- Tout le personnel de santé et autre, les bénévoles, les atouts, l'équipement des installations et l'équipement de protection nécessaires pour gérer et faire fonctionner ce qui précède.

Une description plus large du système de santé comprend toutes les activités dont le but principal est de promouvoir, restaurer et / ou maintenir la santé. Ainsi, il peut inclure des personnes, des institutions et des ressources qui sont dans les secteurs de santé et autres. Le tableau de bord des villes et cet addenda peuvent être utilisés pour démontrer les contributions de tous les secteurs à l'amélioration des résultats sanitaires des catastrophes.

Cette version de l'addenda sur la résilience du système de santé publique s'appuie sur la version consultative 1.0 lancée en juillet 2018.

Structure de l'Evaluation de la Résilience du Système de Santé Publique

L'addenda est structuré en sections autour des mêmes «[Dix Points Essentiels pour Rendre les Villes Résilientes](#)» comme le tableau de bord. Il recouvre inévitablement la couverture des hôpitaux et la distribution de nourriture dans le point Essentiel 8 et peut être considéré comme une amplification de ceux-ci :

- Intégration de la santé publique et de la gouvernance (Point Essentiel 1);
- Intégration de la santé publique et des scénarios de catastrophe (Point Essentiel 2);
- Intégration de la santé publique et des finances (Point Essentiel 3);
- Intégration de la santé publique et de l'utilisation des terres/codes du bâtiment (Point Essentiel 4);
- Gestion des services écosystémiques qui affectent la santé publique (Point Essentiel 5);
- Intégration de la santé publique et des capacités institutionnelles (Point Essentiel 6);
- Intégration de la santé publique et des capacités sociétales (Point Essentiel 7);
- Intégration de la santé publique et de la résilience d'infrastructure (Point Essentiel 8);
- Intégration de la santé publique et de la réponse aux catastrophes (Point Essentiel 9);
- Intégration de la santé publique et du redressement / de reconstruire en mieux (Point Essentiel 10).

Au total, il y a 23 questions / indicateurs, chacun avec un score de 0-5, où 5 est la meilleure pratique.

Données requises pour l'analyse

Les données dont vous aurez besoin pour compléter cet addenda incluront:

- Capacité du système de santé publique, parties prenantes, documentation de planification et de procédure;
- Planification de la gestion des urgences et documentation procédurale;
- Infrastructures de santé publique (voir Point Essentiel 8);
- Données sur les résultats sanitaires des catastrophes précédentes, si disponibles;
- Données démographiques, incluant les populations vulnérables;
- Réactions/commentaires de la communauté et des professionnels sur la capacité et l'efficacité du système.

Remerciements

UNDRR tient à remercier un certain nombre de personnes qui ont contribué à cet addenda:

- Yoshiko Abe, Ph.D., Sustainability Strategist, International Headquarters, Kokusai Kogyo Co., Ltd.
- Jonathan Abrahams, Health Emergencies Program, World Health Organization
- Sanjana Chintalapudi, Business Transformation Consultant, IBM
- Jon Philipsborn, Associate Vice President, Climate Adaptation Practice Director, Americas, AECOM
- Becca Philips born, Assistant Professor, Emory University Department of Pediatrics and Emory Global Health Institute
- Benjamin Ryan, Ph.D., Clinical Associate Professor, Department of Environmental Science, Baylor University
- Dale Sands, Principal, M.D. Sands Consulting Solutions LLC.
- Nik Steinberg, Climate Risk Specialist Consultant, 427 Consulting
- Peter Williams, Ph.D., IBM Distinguished Engineer (Retd.), Founder and Principal Peter Williams Solutions LLC.

Coordonnateurs: Sanjaya Bhatia & Mutarika Pruksapong, Global Education and Training Institute (GETI), UNDRR.

La traduction française a été réalisée par François Venance ALWENDE, directeur des relations internationales, bureau du maire, ville de Bukavu, République démocratique du Congo.



Point Essentiel 01: S'organiser pour la Résilience

Addenda - Intégration de la santé publique et de la gouvernance

Ref	Sujet/Thème	Question/Domaine d'évaluation	Echelle de mesure indicative	Observations
A.1	Intégration de la santé publique et de la gouvernance (Point Essentiel 1)			
A1.1	Le secteur de la santé fait partie de la gouvernance multisectorielle de la gestion des risques de catastrophe	Dans quelle mesure le ou les mécanismes de gouvernance pour la gestion des risques de catastrophe intègrent-ils l'intégralité des considérations de santé publique?	<p>5 – Le spectre complet des fonctions de la santé publique (voir à droite) fournit régulièrement des informations sur les réunions / mécanismes de gouvernance de la résilience aux catastrophes de la ville et contribue régulièrement à tous les principaux programmes et documents de résilience aux catastrophes. (La participation peut se faire par l'intermédiaire d'un point focal désigné combinant les contributions de nombreuses disciplines).</p> <p>4 – Les représentants de la plupart des fonctions de la santé publique assistent généralement aux grandes réunions de la ville sur la résilience aux catastrophes et contribuent aux grands programmes, mais ils peuvent ne pas être impliqués dans toutes les activités pertinentes.</p> <p>3 – Les fonctions de santé publique ont leurs propres forums et mécanismes de résilience aux catastrophes, mais, tout en incluant l'éventail complet des fonctions, ceux-ci ne sont pas complètement coordonnés avec d'autres acteurs tels que les gouvernements municipaux, les opérateurs logistiques ou les groupes communautaires. L'accent peut être limité à la réponse immédiate aux événements, plutôt qu'aux problèmes de résilience plus larges tels que les impacts à plus long terme.</p> <p>2 – Certaines unités de la santé publique participent à certaines activités de résilience aux catastrophes dans la ville, mais l'engagement n'est pas complet.</p> <p>1 – Seul un engagement rudimentaire des unités de la santé publique dans les activités de résilience aux catastrophes de la ville existe.</p> <p>0 – Il n'y a pas de fonction de la santé publique dans la région ou, le cas échéant, elle n'est pas du tout engagée dans la résilience aux catastrophes.</p>	<p>Tel qu'il est utilisé ici, le terme «fonctions de la santé publique» comprend la liste complète des éléments figurant à l'annexe 2 du cadre de l'OMS pour la santé dans le domaine de l'EDRM, mentionné plus haut. À titre d'exemples, il comprend, sans s'y limiter, les éléments suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement et contrôle des maladies infectieuses; • Soins de traumatologie; • Premiers soins; • Soins pédiatriques et gériatriques; • Soin d'urgence; • Santé environnementale; • Épidémiologie; • Contrôle vectoriel; • Ambulances et transports sanitaires; • Fourniture d'équipements pharmaceutiques et médicaux; • Eau et assainissement; • Sécurité alimentaire, entreposage au froid et distribution; • Sécurité des produits chimiques et des matières dangereuses (matières dangereuses) (dans les locaux avec des usines chimiques, par exemple); • Santé mentale et santé mentale communautaire, y compris le deuil et le counseling en traumatisme mental; • Directeurs municipaux, étatiques et nationaux de la santé publique. <p>Les représentants de ces fonctions doivent être en mesure de parler avec autorité des ressources disponibles dans la ville et la région pour maintenir le système de santé publique.</p>

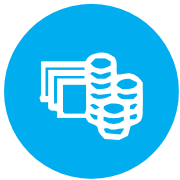


Point Essentiel 02: Identifier, Comprendre et Utiliser des Scénarios des Risques Présents et Futurs

Addenda - Intégration de la santé publique et des scénarios de catastrophe

Ref	Subject / Thème	Question / Domaine d'évaluation	Echelle de mesure indicative	Observations
A.2	Intégration de la santé publique et des scénarios de catastrophe (Point Essentiel 2)			
A2.1	Inclusion d'une gamme d'urgences et de catastrophes (par exemple, épidémies / pandémies, famine, pénuries d'eau, etc.) en tant que scénario de catastrophe à part entière	Dans quelle mesure les urgences et les catastrophes, y compris les épidémies, sont-elles incluses dans la planification des risques de catastrophe?	<p>5 – Les situations d'urgence et les catastrophes, y compris les flambées de maladies, sont entièrement incluses par la ville soit comme scénario de risque à part entière, soit comme composante d'un scénario «composite». L'impact probable sur la disponibilité du personnel et sur les établissements de santé est modélisé et planifié, à la fois seul et en combinaison avec d'autres risques lorsqu'une épidémie ou une pandémie peut entraver la capacité de riposte.</p> <p>4 – Les situations d'urgence et les catastrophes, y compris les flambées de maladies, sont traitées comme ci-dessus, mais elles ont tendance à être considérées isolément des autres risques, et donc l'interaction avec d'autres risques peut ne pas être entièrement prise en compte.</p> <p>3 – Les situations d'urgence et les catastrophes, y compris les épidémies, sont prises en compte avec leurs impacts probables, mais ces impacts ne sont pas entièrement modélisés.</p> <p>2 – Les situations d'urgence et les catastrophes, y compris les épidémies, peuvent être envisagées, mais uniquement à un niveau élevé.</p> <p>1 – Le risque d'épidémies peut être noté comme un problème, mais sans considération active des impacts ou des réponses requises.</p> <p>0 – Aucune considération des pandémies.</p>	Le tableau de bord nécessite le développement (au moins) d'un scénario de «pire cas» et d'un «cas normal» à partir desquels planifier la résilience aux catastrophes. Cette question porte sur la mesure dans laquelle les urgences et les catastrophes, y compris les épidémies, sont incluses dans les scénarios de risque adoptés par la ville. La question suivante traite de l'impact des problèmes de santé sur la planification, la réponse et le rétablissement de la gestion des catastrophes.

A2.2	Inclusion des impacts prévisibles sur la santé publique d'autres scénarios de risques de catastrophe (par exemple, inondation, épisodes de chaleur, tremblement de terre)	<p>Dans quelle mesure les impacts sur la santé publique sont-ils inclus dans la planification des scénarios de la ville pour d'autres risques de catastrophe?</p>	<p>5 – Un ensemble complet de problèmes de santé liés aux catastrophes est pleinement inclus dans ses scénarios de planification des catastrophes. L'impact probable sur la disponibilité du personnel, les installations de santé, l'eau et l'assainissement, le traitement et les soins sont planifiés et modélisés, y compris l'impact immédiat et les problèmes de santé physique et psychologique à long terme.</p> <p>4 – Les problèmes de santé liés aux catastrophes sont entièrement traités comme ci-dessus, mais ils ont tendance à être considérés indépendamment des autres impacts, et donc l'effet qu'ils peuvent avoir sur la reprise après catastrophe n'est pas entièrement évalué.</p> <p>3 – Un certain nombre de problèmes de santé liés aux catastrophes sont traités, peut-être en détail, mais la couverture n'est pas complète. Les problèmes à plus long terme, les problèmes de santé physique et mentale seront probablement omis.</p> <p>2 – Certains problèmes de santé immédiats après une catastrophe sont envisagés et planifiés, mais uniquement dans un schéma de traitement.</p> <p>1 – Les problèmes de santé liés aux catastrophes peuvent être reconnus, mais sans véritable planification.</p> <p>0 – Aucune prise en compte des problèmes de santé après une catastrophe.</p>	<p>Le tableau de bord requiert le développement (au moins) d'un scénario «le plus grave» (pire cas) et «le plus probable» (cas normal) à partir duquel planifier la résilience aux catastrophes. Cette question porte sur l'inclusion des problèmes de santé probables en cas de catastrophe dans l'analyse des risques de la ville ainsi que dans l'élaboration et la planification de scénarios.</p> <p>Comme indiqué dans le cadre de santé EDRM, ces questions incluront (mais ne sont pas limitées à):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins de traumatologie et post-traumatologie; • Traitement et soins des maladies chroniques; • Soins pédiatriques et gériatriques; • Maladies d'origine hydrique et alimentaire (parfois référées à la santé environnementale); • Installations de quarantaine; • Abris d'urgence; • Impacts sur la santé mentale, y compris le deuil et les traumatismes mentaux. <p>Une autre considération peut être l'impact des catastrophes sur la gestion des problèmes de santé publique existants, et comment ceux-ci peuvent à leur tour entraver la reprise.</p>
A2.3	Inclusion dans la planification, en cas de catastrophe, de problèmes de santé chroniques préexistants, y compris les maladies non transmissibles	<p>Dans quelle mesure les problèmes de santé chroniques préexistants sont-ils inclus dans les scénarios où les catastrophes sont susceptibles de les aggraver ou où elles sont susceptibles d'entraver la reprise?</p>	<p>5 – Les conditions de santé chroniques sont examinées en détail et incluses dans la définition et la planification des scénarios; ou aucune contrainte ne devrait s'appliquer.</p> <p>4 – D'une manière générale, les problèmes de santé chroniques sont identifiés et inclus dans la définition et la planification des scénarios.</p> <p>3 – La plupart des problèmes de santé chroniques applicables sont inclus dans la définition ou la planification du scénario, avec quelques lacunes.</p> <p>2 – Les conditions de santé chroniques sont connues mais ne sont pas incluses dans la définition et la planification des scénarios.</p> <p>1 – Il existe d'importantes lacunes dans l'identification et l'inclusion des stress chroniques pour la santé.</p> <p>0 – Aucune tentative d'identifier ou de considérer des problèmes de santé chroniques.</p>	<p>Les conditions de santé chroniques existantes dans une région - par exemple, la malnutrition, les maladies endémiques telles que le paludisme ou le choléra, la toxicomanie chronique ou une grande proportion de personnes âgées - interagissent avec les catastrophes, en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer leur impact; • Imposer des charges supplémentaires à l'effort de la reprise; • Passer un certain point de basculement, se propager à des épidémies ou devenir des catastrophes à part entière (voir A2.1 ci-dessus). <p>Ceux-ci devraient être inclus dans les évaluations des risques.</p>



Point Essentiel 03: Renforcer la Capacité Financière en matière de Résilience

Addenda - Intégration de la santé publique et des finances

Ref	Subject / Thème	Question / Domaine d'évaluation	Echelle de mesure indicative	Observations
A3	Intégration de la santé publique et des finances (Point Essentiel 3)			
A3.1	Financement des aspects de la résilience en matière de santé publique	Dans quelle mesure le financement est-il identifié et disponible pour faire face aux risques pour la santé publique et aux impacts des catastrophes?	<p>5 – Le financement est identifié et accessible pour répondre à toutes les implications sanitaires connues du scénario le plus grave dans le Point Essentiel 2.</p> <p>4 – Le financement est identifié et accessible pour répondre à toutes les implications sanitaires connues du scénario le plus probable dans le Point Essentiel 2.</p> <p>3 – Les besoins de financement sont connus, mais certains déficits de financement existent. Ces problèmes sont activement traités.</p> <p>2 – Les besoins ne sont pas entièrement connus et, lorsqu'ils le sont, certains déficits sont identifiés. Les aborder peut ou ne pas être maîtrisable.</p> <p>1 – Les besoins de financement de la santé n'ont été évalués que dans les grandes lignes et seule une connaissance généralisée des sources de financement est disponible. Ceux-ci n'ont pas été suivis.</p> <p>0 – Aucune considération des besoins ou des sources de financement.</p>	<p>Comme indiqué dans le tableau de bord principal, la prise en compte des sources de financement devrait inclure les «dividendes». Celles-ci peuvent être l'une des:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Entrants» - dépenses pour d'autres choses qui peuvent conférer des avantages de santé publique / de résilience, par exemple en élevant les services hospitaliers essentiels au-dessus des zones inondables, des générateurs de secours dans les établissements de soins primaires ou lorsqu'un nouveau centre communautaire pourrait également être coopté comme centre de traitement temporaire; • «Sortants» - les dépenses consacrées à des éléments de santé publique / de résilience où d'autres avantages se produisent également - par exemple, lorsque les inquiétudes concernant les maladies d'origine hydrique conduisent à la modernisation ou à la relocalisation d'une usine de traitement d'eau ou de voies de transport à l'épreuve des inondations permettant un accès continu aux fournitures médicales.



Point Essentiel 04: Poursuivre le Développement Urbain Résilient

Addenda – Intégration de la santé publique et de l'utilisation des terres/codes du bâtiment

Ref	Subject / Thème	Question / Domaine d'évaluation	Echelle de mesure indicative	Observations
A4	Intégration de la santé publique et de l'utilisation des terres /codes du bâtiment (Point Essentiel 4)			
A4.1	Conformité des principaux établissements de santé au zonage des terrains résilients et aux codes du bâtiment	Dans quelle mesure les principaux établissements de santé sont-ils situés et construits de manière à leur permettre de continuer à fonctionner après une catastrophe?	<p>5 – Tous les principaux établissements de santé publique (voir à droite) sont situés dans des emplacements et sont conformes aux codes qui leur permettront de survivre dans le scénario de catastrophe «le plus grave».</p> <p>4 – Tous les principaux établissements de santé publique sont situés dans des emplacements et sont conformes aux codes qui leur permettront de survivre dans le scénario de catastrophe «le plus probable».</p> <p>3 – Certains établissements de santé publique clés ne se trouvent pas dans des emplacements ou ne se conforment pas aux codes qui leur permettront de survivre dans le scénario de catastrophe «le plus probable».</p> <p>2 – Plus de 50% des principaux établissements de santé publique ne se trouvent pas dans des emplacements ou ne se conforment pas aux codes qui leur permettront de survivre dans le scénario de catastrophe «le plus probable».</p> <p>1 – Plus de 75% des principaux établissements de santé publique ne se trouvent pas dans des emplacements ou ne se conforment pas aux codes qui leur permettront de survivre dans le scénario de catastrophe «le plus probable».</p> <p>0 – Aucune évaluation effectuée.</p>	<p>Le point Essentiel 8 du tableau de bord principal traite des hôpitaux et de la distribution alimentaire. Les utilisateurs peuvent choisir d'inclure ces données dans l'évaluation ici. D'autres établissements de santé publique clés peuvent inclure, sans s'y limiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux non traités dans le cadre du point Essentiel 8; • Cliniques communautaires, centres de santé et établissements de retraite, surtout ceux ayant une fonction régionale (par exemple les unités de dialyse, les unités des brûlés); • Dépôts pharmaceutiques et dispensaires; • Centres d'alimentation; • Centres de réchauffement ou de refroidissement; • Laboratoires et centres de test; • Capacités d'isolement; • Maisons de soins et unités d'assistance vitale; • Fournitures médicales, ainsi que la logistique et les installations de la chaîne d'approvisionnement; • Installations de distribution de nourriture d'urgence, lorsque cela n'est pas traité dans le cadre du point Essentiel 8; • Approvisionnement en énergie et en eau et les voies d'accès à l'un des éléments ci-dessus; • Disponibilité de la main d'œuvre après une catastrophe.



Point Essentiel 05: Sauvegarder des Zones Tampons Naturelles en vue de Renforcer les Fonctions Protectives Offertes par les Ecosystèmes Naturels

Addenda – Gestion des services écosystémiques qui affectent la santé publique

Ref	Subject / Thème	Question / Domaine d'évaluation	Echelle de mesure indicative	Observations
A5	Gestion des services écosystémiques qui affectent la santé publique (Point Essentiel 5)			
A5.1	Préservation et gestion des services écosystémiques qui fournissent des avantages pour la santé publique	Dans quelle mesure les services écosystémiques qui fournissent des avantages pour la santé publique sont-ils identifiés et protégés?	<p>5 – Tous les services écosystémiques pertinents sont identifiés, protégés et réputés prospères.</p> <p>4 – Tous les services écosystémiques pertinents sont identifiés et en théorie protégés mais peuvent ne pas prospérer.</p> <p>3 – Certains services écosystémiques pertinents, mais pas tous, sont identifiés. Ceux qui sont identifiés sont protégés en théorie mais peuvent ne pas prospérer.</p> <p>2 – Lacunes généralisées dans l'identification et la protection des services écosystémiques pertinents. Problèmes importants avec la santé de certains de ces services écosystémiques qui sont surveillés.</p> <p>1 – Efforts rudimentaires pour identifier et protéger les services écosystémiques pertinents. Problèmes élargis avec l'état et la santé de ceux qui sont identifiés.</p> <p>0 – Aucune tentative d'identifier ou de protéger les services écosystémiques pertinents et forte probabilité qu'ils soient évalués comme étant gravement dégradés s'ils étaient officiellement identifiés.</p>	<p>Des exemples de services écosystémiques qui fournissent des avantages pour la santé publique incluent, sans s'y limiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtration naturelle de l'eau (à travers les zones humides ou les aquifères); • Couverture arborée pour réduire les effets d'îlot de chaleur ou réduire la pollution de l'air; • Espèces antérieures aux moustiques et autres porteurs potentiels de maladies; • Approvisionnement alimentaire (par exemple, poisson), terre pour les principaux éléments nutritionnels.



Point Essentiel 06: Renforcer la Capacité Institutionnelle pour la Résilience

Addenda – Intégration de la santé publique et des capacités institutionnelles

Ref	Subject / Thème	Question / Domaine d'évaluation	Echelle de mesure indicative	Observations
A6	Intégration de la santé publique et des capacités institutionnelles (Point Essentiel 6)			
A6.1	Disponibilité de personnels de santé publique possédant les compétences et aptitudes pertinentes pour la résilience aux catastrophes	Dans quelle mesure la main-d'œuvre, les compétences et les aptitudes requises pour planifier et maintenir les systèmes et services de santé publique pour la résilience aux catastrophes sont-elles disponibles dans la ville?	<p>5 – Toutes les compétences et aptitudes pertinentes de la main-d'œuvre ont été identifiées et évaluées comme étant adéquates pour la planification en cas de catastrophe, les services de santé et la reprise après catastrophe, en termes de maîtrise et de nombre de compétences.</p> <p>4 – Toutes les compétences pertinentes identifiées et quelques déficits mineurs connus pour exister dans certains ensembles de compétences ou nombre de celles-ci.</p> <p>3 – Toutes les compétences pertinentes identifiées et les lacunes plus importantes connues en profondeur et en nombre.</p> <p>2 – Identification incomplète des compétences et lacunes importantes dans celles qui sont connues, en profondeur et en nombre.</p> <p>1 – Tentative rudimentaire d'identification des compétences - insuffisances en profondeur et nombre soupçonné d'être universel.</p> <p>0 – Aucune considération accordée à cette question.</p>	<p>Le point essentiel 8 du tableau de bord principal traite du nombre et des compétences des médecins, des infirmiers et des premiers intervenants - les utilisateurs peuvent choisir d'inclure ces données dans l'évaluation ici.</p> <p>Comme indiqué dans le cadre EDRM de la santé mentionné plus haut, les compétences clés en santé publique comprennent, sans s'y limiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médecins, infirmiers et autres agents de santé n'ont pas été traités dans le cadre du point Essentiel 8; • Les premiers intervenants ne sont pas traités dans le cadre du point Essentiel 8; • Autre personnel hospitalier ou de santé; • Soins psychiatriques - médecins, infirmiers; • Personnel de soins à domicile; • Pharmaciens • Spécialistes de la santé environnementale (y compris des experts en eau et assainissement, inspecteurs alimentaires et de lutte antivectorielle) • Epidémiologistes; • Personnel de teste et de laboratoire; • Travailleurs de la chaîne d'approvisionnement.

<p>A6.2</p>	<p>Partage des données du système de santé publique avec d'autres parties prenantes</p>	<p>Dans quelle mesure les données de santé publique sur les vulnérabilités et les capacités en matière de santé, ainsi que les risques et les alertes précoces d'épidémies sont-elles partagées avec les autres parties prenantes qui en ont besoin?</p>	<p>5 – Les données et les flux de santé publique pertinents sont identifiés; des données de qualité sont distribuées de manière fiable à toutes les parties prenantes qui en ont besoin, y compris le public, le cas échéant.</p> <p>4 – Tous les éléments de données et flux de données de santé publique identifiés et les données de qualité sont distribuées de manière fiable à la plupart des parties prenantes, y compris le public, le cas échéant.</p> <p>3 – La plupart des éléments de données et des flux ont été identifiés et distribués, mais ils peuvent être de moindre qualité et fiabilité pour un sous-ensemble limité de parties prenantes.</p> <p>2 – Certains éléments de données et flux distribués à une ou deux parties prenantes seulement; qualité et fiabilité connues pour être un problème.</p> <p>1 – Identification et distribution rudimentaires des données - irrégulières et peu fiables même lorsqu'elles sont fournies.</p> <p>0 – Aucune donnée de santé publique identifiée ou distribuée.</p>	<p>Les données pertinentes dans ce contexte peuvent inclure, mais sans s'y limiter, des exemples tels que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Données d'alerte précoce et de surveillance des épidémies; • Emplacement, capacité et état des actifs et des installations de santé publique, avant et après une catastrophe; • Niveaux de compétence et nombre d'employés disponibles; • Problèmes liés aux fournitures; • Impacts probables des catastrophes - problèmes probables de santé publique, dégradation des capacités; • État, performance des données prospectives pour les mesures de réponse aux catastrophes et les problèmes de santé publique post-catastrophe - étendue de la maladie (y compris les maladies chroniques, les populations ne recevant pas de soins, etc.) <p>Distribution may be through a central point such as emergency management coordinator.</p>
<p>A6.2.1</p>	<p>Partage d'autres données avec les parties prenantes du système de santé publique</p>	<p>Dans quelle mesure les données d'autres systèmes critiques sont-elles partagées avec les parties prenantes du système de santé publique qui en ont besoin?</p>	<p>5 – Les données et les flux pertinents pour d'autres systèmes critiques sont identifiés; des données de qualité sont distribuées de manière fiable à tous les acteurs de la santé publique qui en ont besoin.</p> <p>4 – Tous les éléments de données et flux clés sont identifiés et des données de qualité sont distribuées de manière fiable à la plupart des acteurs de la santé publique.</p> <p>3 – La plupart des éléments de données et des flux ont été identifiés et distribués, mais ils peuvent être de qualité et de fiabilité inférieures pour un sous-ensemble limité de parties prenantes en santé publique.</p> <p>2 - Certains éléments de données et flux distribués à une ou deux parties prenantes en santé publique seulement; qualité et fiabilité connues pour être un problème.</p> <p>1 – Identification et distribution rudimentaires des données - irrégulières et peu fiables même lorsqu'elles sont fournies.</p> <p>0 – Aucun système-critique des données identifiées ou distribuées aux parties prenantes de la santé publique.</p>	<p>Les données pertinentes dans ce contexte peuvent inclure, mais sans s'y limiter, des exemples tels que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifications des scénarios de risque (point Essentiel 2) qui affectent la santé publique; • Prévission du temps (par exemple, événements météorologiques), et ampleur réelle de l'étendue des catastrophes; • État des autres systèmes critiques (par exemple, approvisionnement en énergie, approvisionnement en eau, accès routiers) et impact probable sur la santé publique.

<p>A6.2.2</p>	<p>Protection et accès aux records sanitaires individuels</p>	<p>Dans quelle mesure les records sanitaires et prescription des individus sont-ils protégés contre une catastrophe et accessibles après une catastrophe?</p>	<p>5 – Tous les records sanitaires des citoyens (conditions de santé, dossiers de prescription) sont en sécurité et également accessibles par les travailleurs d'intervention d'urgence (par exemple, ceux qui dispensent des soins dans des abris, des hôpitaux où des personnes peuvent être emmenées en cas de blessure).</p> <p>4 – Les records sanitaires des citoyens sont pour la plupart en sécurité et accessibles à quelques exceptions mineures, par exemple ceux concernant certains spécialistes de la santé ou ceux d'un petit segment de la population éloignée.</p> <p>3 – Les records sanitaires sont généralement en sécurité mais peuvent ne pas être accessibles en raison de problèmes de communication qui peuvent être anticipés après une catastrophe.</p> <p>2 – Lacunes plus importantes dans la sécurisation des records sanitaires.</p> <p>1 – Lacunes majeures - les données risquent d'être perdues pour une grande partie de la population.</p> <p>0 – Aucune tentative d'assurer la sécurité ou l'accessibilité des records sanitaires.</p>	<p>Les records sanitaires des citoyens doivent être protégés contre la perte ou les dommages (idéalement par des systèmes de sauvegarde hors zone et / ou redondants); et ils doivent être accessibles après une catastrophe où des personnes peuvent être blessées ou dans des abris prises en charge par des professionnels qui ne connaissent pas leurs antécédents médicaux.</p> <p>Il peut y avoir une difficulté entre la sauvegarde hors zone et l'accessibilité après une catastrophe - cela implique la nécessité de communications résilientes entre le lieu de la catastrophe et le site de sauvegarde.</p> <p>Il peut également y avoir une tension entre les réglementations régissant la protection et la divulgation des données de santé et les exigences de résilience et d'intervention en cas de catastrophe. Certains pays (par exemple, le Japon) résolvent ce problème en demandant aux gens de conserver une carte d'enregistrement avec des autocollants manuels pour les ordonnances qu'ils présentent dans les refuges - bien que ces cartes d'enregistrement puissent se perdre et qu'un tel système puisse nécessiter la mise en place d'une loi habilitante.</p>
----------------------	--	---	---	---



Point Essentiel 07: Comprendre et Renforcer la Capacité Sociétale pour la Résilience

Addenda – Intégration de la santé publique et des capacités sociétales

Ref	Subject / Thème	Question /Domaine d'évaluation	Echelle de mesure indicative	Observations
A7	Intégration de la santé publique et des capacités sociétales (Point Essentiel 7)			
A7.1	Efficacité du système de santé publique dans l'engagement communautaire dans le contexte de la gestion des risques de catastrophe	Dans quelle mesure les communautés comprennent-elles et sont-elles capables de jouer leur rôle dans le maintien des niveaux de santé publique et de bien-être avant, pendant et après une catastrophe?	<p>5 – Chaque communauté ou quartier de la ville comprend, accepte et est en mesure d'exécuter le rôle attendu d'elle avant, pendant et après une catastrophe, avec une organisation désignée pour diriger ce travail.</p> <p>4 – 90% des communautés comprennent, acceptent et sont capables d'exécuter le rôle attendu d'elles.</p> <p>3 – 75% des communautés ont une large compréhension et sont capables d'exécuter des éléments clés de leur rôle.</p> <p>2 – La moitié ou moins des communautés comprennent leur rôle et, dans ces cas, ne peuvent en exécuter qu'une partie.</p> <p>1 – Il n'y a qu'une compréhension rudimentaire au niveau communautaire dans toute la ville du rôle de la santé publique et très peu de capacité à exécuter.</p> <p>0 – Le rôle au niveau communautaire n'est pas vraiment défini ou communiqué. Capacité à exécuter inconnue.</p>	<p>Les rôles de la communauté peuvent inclure (mais ne sont pas limités à):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance communautaire des maladies infectieuses (détection, surveillance et alertes); • Analyses de l'air et de l'eau (science citoyenne); • Prise de conscience; • Aider les personnes atteintes de maladies chroniques (par exemple, soutenir l'approvisionnement et la distribution de médicaments); • Diffusion d'informations sur la santé publique; • Distribution des ressources (par exemple, eau en bouteille, couches, couvertures); • Aider les personnes handicapées physiques ou mentales, soutenir les personnes vulnérables (par exemple, les personnes âgées, les pauvres); • Aider les familles avec des bébés et des jeunes enfants; • Communiquer les besoins aux fournisseurs de soins de santé et aux intervenants d'urgence. <p>Les organisations désignées peuvent être des organisations et des réseaux d'intervention d'urgence communautaire, un hôpital local ou un cabinet de médecin s'ils sont présents, ou - avec une formation - une organisation professionnelle, une école ou d'autres groupes communautaires.</p>

A7.1.2	Accès et confiance de la communauté aux informations de santé publique	Dans quelle mesure les communautés reçoivent-elles, respectent-elles et sont-elles disposées à agir en fonction des informations sur la santé publique?	<p>5 – Il a été démontré lors de catastrophes antérieures que les conseils sur la santé publique étaient universellement reçus, acceptés et appliqués.</p> <p>4 – Les conseils de santé publique devraient être largement reçus, acceptés et mis en œuvre.</p> <p>3 – Certaines communautés ou d'autres sous-groupes peuvent ne pas recevoir, accepter ou agir sur les informations de santé publique.</p> <p>2 – Plus de 50% de la ville peut ne pas recevoir, accepter ou agir sur des informations importantes de santé publique après une catastrophe.</p> <p>1 – La réception et l'acceptation des informations de santé publique sont dispersées.</p> <p>0 – Aucune tentative de transmettre des informations sur la santé publique.</p>	<p>Les informations sur la santé publique incluent, sans s'y limiter, les besoins post-catastrophe suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alertes de pollution (par exemple, avis de faire bouillir l'eau, conseils de rester enfermé); • Conseils sur l'hygiène d'urgence et la prévention des maladies; • Conseils sur la sécurité alimentaire; • Conseils sur les soins à prodiguer aux personnes ayant déjà souffert de troubles mentaux ou physiques; • Conseils aux personnes atteintes de maladies chroniques (par exemple, troubles cardiaques, cancer, diabète, troubles respiratoires, etc.); • Des informations sur les flambées de maladie, les signes et symptômes de la maladie, le moment et le lieu de demander des soins et des traitements; • Emplacement des établissements de soins de santé d'urgence. <p>Le public devrait également être conscient de ce qui est sûr et dangereux en termes de santé publique avant, pendant et après une catastrophe? Les mesures de sécurité comprennent (mais sans s'y limiter):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nourriture (ce qu'il faut manger et ne pas manger); • L'eau (est-elle potable ou non); • Qualité de l'air ou les risques d'inhalation; • Veiller à ce que les gens soient conscients de certaines zones dangereuses • Renforcement de la sécurité de retour; • Itinéraires sûrs de transport; • Autres exigences comportementales telles que des mesures d'hygiène supplémentaires.
A7.2	Capacité de la communauté à «revenir à la normalité» - santé mentale	Dans quelle mesure les besoins des communautés en matière de santé mentale sont-ils traités?	<p>5 – Des organisations communautaires, un soutien psychosocial, des écoles, des centres de traumatologie psychologique et des conseillers existent et sont équipés pour répondre à tout l'éventail de la santé mentale pour chaque quartier, indépendamment de la richesse, de l'âge, de la démographie, etc.</p> <p>4 – > 75% des quartiers couverts. Groupes de soutien communautaire et centres de traumatologie disponibles.</p> <p>3 – > 50 à 75% des quartiers couverts.</p> <p>2 – > 25 à 50% des quartiers couverts.</p> <p>1 – Des plans pour impliquer les quartiers existent mais n'ont pas été mis en œuvre, sauf dans un ou deux cas initiaux peut-être.</p> <p>0 – Pas de besoins en santé mentale abordés</p>	<p>Les organisations communautaires devraient inclure des groupes de soutien communautaire en cas de catastrophe. Les premiers soins psychosociaux, les centres de traumatologie psychologique et les conseillers devraient être envisagés pour traiter les effets psychologiques, notamment le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le deuil.</p> <p>Le point Essentiel 10 traite également des effets psychologiques à long terme des populations et des intervenants touchés.</p>



Point Essentiel 08: Accroître la Résilience d'Infrastructure

Addenda – Intégration de la santé publique et de la résilience d'infrastructure

Ref	Subject / Thème	Question /Domaine d'évaluation	Echelle de mesure indicative	Observations
A8	Intégration de la santé publique et de la résilience d'infrastructure (Point Essentiel 8)			
A8.1	Renforcement de la sécurité et de la fonctionnalité structurelles et non structurelles des éléments d'infrastructure de santé publique ne sont pas pris en compte dans le point Essentiel 8	Dans quelle mesure les infrastructures de santé publique (outre les hôpitaux) sont-elles résilientes?	<p>5 – Toutes les infrastructures de santé publique - y compris les services dont elles dépendent - sont jugées capables de faire face au scénario «le plus grave» avec une perte de service minimale.</p> <p>4 – Toutes les infrastructures de santé publique - y compris les services dont elles dépendent - sont jugées capables de faire face au scénario «le plus probable» avec une perte de service minimale.</p> <p>3 – Les infrastructures de santé publique seraient considérablement perturbées dans un scénario «le plus grave», mais certains services continueraient pour 75% de la population de la ville. Cependant, cela atténuerait la plupart des scénarios «les plus probables».</p> <p>2 – Les infrastructures de santé publique seraient considérablement perturbées dans le scénario «le plus probable», mais certains services continueraient pour 75% de la population de la ville; et 50% pour le scénario «le plus grave».</p> <p>1 – Les infrastructures de santé publique seraient considérablement perturbées ou fermées pour 50% ou plus de la population de la ville. Elles cesseraient effectivement de fonctionner dans le scénario «le plus grave».</p> <p>0 – Pas d'infrastructure de santé publique à part les hôpitaux pour commencer.</p>	<p>Le point essentiel 8 du tableau de bord principal traite des hôpitaux et de la distribution alimentaire. Les utilisateurs peuvent choisir d'inclure ces données dans l'évaluation ici. D'autres établissements de santé publique clés peuvent comprendre, sans s'y limiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux n'ont pas été traités sous le point Essentiel 8; • Cliniques communautaires, centres de santé et établissements de soins, en particulier ceux ayant une fonction régionale (par exemple les unités de dialyse, les unités de brûlure); • Dépôts pharmaceutiques et dispensaires; • Centres d'alimentation; • Centres de réchauffement ou de refroidissement; • Laboratoires et centres de teste; • Capacités d'isolement; • Maisons de soins et unités d'assistance vitale; • Fournitures médicales, ainsi que la logistique et les installations de la chaîne d'approvisionnement; • Installations de distribution alimentaire et médicale d'urgence, si elles ne sont pas abordées sous le point Essentiel 8. • Protection et contrôle des infections dans les établissements de santé • Disponibilité de la main d'oeuvre après une catastrophe. <p>L'évaluation doit prendre en compte la résilience des installations de soins de santé à la perte d'infrastructures de soutien clés telles que les communications, l'énergie, l'eau et l'assainissement, les transports, le carburant, la loi et l'ordre, etc.</p>

<p>A8.2</p>	<p>Augmentation de la capacité des infrastructures de santé publique, si elle n'est pas prise en compte dans le point Essentiel 8</p>	<p>Dans quelle mesure les hôpitaux et les centres de soins d'urgence sont-ils capables de gérer un afflux soudain de patients?</p>	<p>5 – L'augmentation de la capacité existe pour faire face à des besoins de santé supplémentaires susceptibles de découler du scénario «le plus grave» et est testée soit par le biais d'événements réels ou d'exercices d'entraînement - peut être activée dans les 6 heures.</p> <p>4 – L'augmentation de la capacité existe pour faire face à des besoins de santé supplémentaires susceptibles de découler du scénario «le plus probable» et est testée soit par le biais d'événements réels ou d'exercices d'entraînement - peut être activée dans les 6 heures.</p> <p>3 – L'augmentation de la capacité existe mais est connue ou suspectée d'avoir des insuffisances mineures par rapport au scénario «le plus probable» - peut être activée dans les 6 heures. Dans le scénario «le plus grave», des lacunes plus importantes dans la couverture géographique ou le type de service disponible et ne peuvent être activées que dans les 12 heures ou plus.</p> <p>2 – L'augmentation de la capacité existe mais est connue pour avoir des lacunes plus importantes dans la couverture géographique ou le type de service disponible et ne peut être activée que dans les 12 heures ou plus. La capacité de pointe n'a jamais été évaluée pour le scénario «le plus grave».</p> <p>1 – L'augmentation de la capacité est théoriquement disponible mais n'a jamais été évaluée ou testée pour le scénario «le plus probable».</p> <p>0 – Aucune augmentation de capacité détectée.</p>	<p>L'augmentation de capacité devrait être renforcée par les systèmes de gestion des pertes massives, notamment le rôle des établissements de santé. Cette évaluation doit aller de pair avec la perte estimée des lits critiques par jour et les fournitures médicales urgentes estimées pour les soins de traumatologie et les personnes atteintes de maladies chroniques.</p> <p>Cette évaluation devrait prendre en compte la capacité des principaux personnels médicaux et de santé à accéder aux établissements de santé essentiels afin de répondre aux besoins de santé en cas de catastrophe.</p> <p>La capacité requise peut être obtenue grâce à des accords d'entraide avec des installations situées dans les régions voisines - mais il sera important de s'assurer que les voies de transport resteront probablement ouvertes pour permettre d'atteindre ces installations.</p> <p>L'augmentation de capacité comprend le personnel de santé et autre, les installations, les biens et les fournitures (par exemple, l'équipement de protection individuelle) et le soutien d'autres infrastructures pour soutenir le secteur de la santé.</p>
--------------------	--	--	--	--

<p>A8.3</p>	<p>Continuité des soins pour les personnes déjà malades, si elles ne sont pas prises en compte dans le point Essentiel 8.</p>	<p>Dans quelle mesure les soins peuvent-ils être maintenus pour ceux qui sont déjà malades ou dépendants?</p>	<p>5 – Les soins pourraient être maintenus dans le scénario «le plus grave» pour toutes les catégories de patients existants. Si les patients doivent être déplacés, les moyens de transport et les itinéraires sont connus pour avoir la capacité et la résilience requises.</p> <p>4 – Les soins pourraient être maintenus dans le scénario «le plus probable» pour toutes les catégories de patients existants. Si les patients doivent être déplacés, les moyens de transport et les itinéraires sont connus pour avoir la capacité et la résilience requises.</p> <p>3 – Quelques impacts dans le scénario «le plus probable» sur les soins pour des catégories spécifiques de patients. Mouvement de certains patients susceptible d'être problématique. Impacts plus répandus dans le scénario «le plus grave» sur les soins pour des catégories spécifiques de patients. Mouvement de nombreux patients susceptible d'être problématique.</p> <p>2 – Impacts plus répandus dans le scénario «le plus probable» sur les soins pour des catégories spécifiques de patients. Mouvement de nombreux patients susceptible d'être problématique. Impacts graves dans le scénario «le plus grave» sur les soins de presque tous les patients existants, les déplacements ne pouvant être possibles que dans les cas les plus urgents.</p> <p>1 – Impacts graves dans le scénario «le plus probable» sur les soins de presque tous les patients existants, les déplacements ne pouvant être possibles que dans les cas les plus urgents. Dans le scénario «le plus grave», les soins aux patients existants échoueraient complètement.</p> <p>0 – Les soins aux patients existants échoueraient complètement ou presque complètement dans le scénario «le plus probable».</p>	<p>Cette évaluation doit aller de pair avec la perte estimée des lits critiques par jour et les fournitures médicales urgentes estimées.</p>
--------------------	--	---	---	--



Point Essentiel 09: Assurer l'Efficacité de Réaction en cas de Catastrophe

Addenda – Intégration de la santé publique et de la réponse aux catastrophes

Ref	Subject / Thème	Question /Domaine d'évaluation	Echelle de mesure indicative	Observations
A9	Intégration de la santé publique et de la réponse aux catastrophes (Point Essentiel 9)			
A9.1	Systèmes d'alerte précoce pour les urgences liées à la santé	Dans quelle mesure existe-t-il des systèmes d'alerte précoce pour les urgences imminentes qui ont des effets potentiels sur la santé?	<p>5 – Une surveillance complète et efficace existe et fournira des alertes précoces efficaces pour traiter les risques et les impacts sur la santé pour tous les dangers auxquels une ville est confrontée. Ils laisseront le temps de réagir (dans la mesure où la technologie le permet). Les avertissements sont considérés comme fiables et spécifiques à la ville.</p> <p>4 – Un suivi complet existe même s'il n'est pas pleinement efficace dans tous les cas. Des avertissements existent, mais le délai d'avertissement peut être inférieur à ce que la technologie permet actuellement. Les avertissements sont considérés comme fiables et spécifiques.</p> <p>3 – La surveillance existe pour les risques de santé les plus probables et est globalement efficace, mais un ou plusieurs risques clés ne sont pas couverts. Certains dangers sont exclus et le délai d'avertissement peut être inférieur à ce que la technologie permet.</p> <p>2 – Une certaine surveillance existe mais présente des lacunes importantes. Le temps d'avertissement est inférieur à ce que permet la technologie et il peut également y avoir des faux positifs: la fiabilité des avertissements peut donc être perçue comme douteuse.</p> <p>1 – La surveillance est au mieux rudimentaire et peut ne pas délivrer d'avertissements. Les avertissements sont considérés comme improvisés et peu fiables. Probablement ignoré.</p> <p>0 – Pas de surveillance ni d'avertissement.</p>	

<p>A9.2</p>	<p>Intégration de la santé publique avec la gestion des urgences</p>	<p>Dans quelle mesure le secteur de la santé publique et les professionnels sont-ils intégrés à l'équipe de gestion des urgences?</p>	<p>5 – Le secteur de la santé publique est pleinement représenté et engagé dans l'équipe de gestion des urgences et intégré à toutes les prises de décisions d'urgence. L'engagement a été testé via des exercices (au cours de la dernière année) ou une réponse en direct.</p> <p>4 – La santé publique est intégrée mais via une entrée à distance (téléphone, messagerie). L'engagement a été testé, mais il y a peut-être plus de 12 mois.</p> <p>3 – La santé publique est représentée mais l'engagement n'a pas été testé depuis 3 ans; ou représentés, mais certaines disciplines clés sont omises.</p> <p>2 – Les processus de gestion des catastrophes prévoient la consultation de la santé publique, mais dans le suivi des événements, pas au fur et à mesure qu'ils se produisent. Aucun test de processus.</p> <p>1 – La gestion des catastrophes repose sur des appels téléphoniques improvisés aux professionnels et aux établissements de santé publique.</p> <p>0 – La santé publique est effectivement désengagée de la gestion des catastrophes.</p>	<p>Cette évaluation porte sur la qualité et la profondeur des accords de travail entre le secteur de la santé, les professionnels de la santé publique (tels que définis précédemment) et d'autres intervenants d'urgence dans la planification et la gestion des catastrophes, y compris les interventions.</p>
<p>A9.3</p>	<p>Prise en compte des populations à haut risque ou de celles vivant à domicile avec des conditions préexistantes</p>	<p>Dans quelle mesure les besoins des populations à haut risque sont-ils pris en compte, tels que les citoyens ayant des conditions médicales préexistantes, des handicaps ou une perte de fonction qui peuvent signifier qu'ils ont besoin d'un soutien supplémentaire?</p>	<p>5 – Tous les citoyens susceptibles d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire ou de mesures spécifiques à l'échelle de la ville sont identifiés et des dispositions existent pour les aider.</p> <p>4 – 95% des citoyens susceptibles d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire ou de mesures spécifiques à l'échelle de la ville sont identifiés et des dispositions existent pour les aider.</p> <p>3 – 75% des citoyens susceptibles d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire ou de mesures spécifiques à l'échelle de la ville sont identifiés et des dispositions existent pour les aider.</p> <p>2 – 50% des citoyens susceptibles d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire ou de mesures spécifiques à l'échelle de la ville sont identifiés mais aucune disposition n'existe pour les aider tous.</p> <p>1 – Moins de 50% des citoyens susceptibles d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire ou de mesures spécifiques sont identifiés et il existe de nombreuses lacunes dans les dispositions pour les aider.</p> <p>0 – Aucune disposition pour identifier ou fournir un soutien supplémentaire ou des mesures spécifiques aux citoyens nécessitant une aide supplémentaire.</p>	<p>Les personnes susceptibles d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire ou de mesures spécifiques comprennent, mais sans s'y limiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enfants, les personnes âgées et leurs soignants; • Personnes handicapées et en perte de fonctions, telles que mobilité réduite; • Les patients souffrant de multiples conditions médicales, les patients en dialyse ou d'autres patients avec un équipement de santé à domicile important; • Ceux (par exemple atteints de diabète ou d'asthme) nécessitant des médicaments supplémentaires; • Ceux qui ont des besoins de santé temporaires tels que la grossesse; • Les personnes atteintes de maladies mentales ou qui vivent avec handicap.

<p>A9.4</p>	<p>Capacité à fournir des fournitures de santé publique aux personnes dans le besoin.</p>	<p>Dans quelle mesure la ville peut-elle fournir les articles et équipements nécessaires au maintien de la santé publique pendant et après une catastrophe.</p>	<p>5 – Il existe une liste complète des articles requis et les plans testés sont réputés adéquats pour les livrer rapidement à l'ensemble de la population.</p> <p>4 – Une liste existe mais elle n'est peut-être pas exhaustive et les plans peuvent ne pas être testés ou entièrement adéquats pour toute la ville.</p> <p>3 – Une liste existe et les articles clés seront disponibles pour 75% de la population.</p> <p>2 – Aucune liste mais des stocks et des fournitures existent pour certains articles. La capacité de distribution peut atteindre 50% de la population.</p> <p>1 – Certains stocks d'articles clés existent mais aucune tentative de les planifier, et le mécanisme de distribution a peu de chances de réussir même s'il existe.</p> <p>0 – Aucune tentative pour résoudre ce problème.</p>	<p>Les fournitures de gestion des urgences pour les communautés, les maisons et les abris comprendront, sans s'y limiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redondance dans le système d'alimentation ou la chaîne du froid pour le stockage des fournitures sensibles à la température; • Fournitures de premiers secours et contrôle des infections; • Comprimés et équipement pour l'eau et la purification de l'eau; • Fournitures d'hygiène et d'assainissement; • Besoins du bébé; • Médicaments courants et fournitures d'équipement médical à domicile dans des formulations et des tailles appropriées pour chaque catégorie de la communauté; • Équipement de protection individuelle (EPI); • Aliments adaptés à la culture et à l'âge. <p>Dans certains pays, les ministères de la santé et les agences de gestion des urgences spécifieront des listes de ces éléments.</p>
--------------------	--	---	--	---



Point Essentiel 10: Diligenter le Redressement et Reconstruire en Mieux

Addenda – Intégration de la santé publique et du Redressement / de reconstruire en mieux

Ref	Subject / Thème	Question / Domaine d'évaluation	Echelle de mesure indicative	Observations
A10	Intégration de la santé publique et du redressement / de reconstruire en mieux (Point Essentiel 10)			
A10.1	Atténuer les impacts à long terme sur la santé publique et le bien-être	Dans quelle mesure existe-t-il des plans de santé publique complets après l'événement?	<p>5 – Des plans très complets existent pour répondre aux besoins de santé publique à plus long terme après les scénarios «le plus probable» et «le plus grave».</p> <p>4 – Des plans très complets existent pour répondre aux besoins de santé publique à plus long terme après le scénario «le plus probable».</p> <p>3 – Il existe des plans pour l'événement post «le plus probable», mais avec quelques lacunes. Déficits plus importants pour le scénario «le plus grave».</p> <p>2 – Des plans existent pour l'événement post «le plus probable» mais avec des déficits plus importants. Insuffisance généralisée pour le scénario «le plus grave».</p> <p>1 – Des plans existent pour l'événement post «le plus probable» mais avec une insuffisance généralisée.</p> <p>0 – Aucun plan.</p>	<p>Un plan complet de santé publique postérieure devrait inclure (liste non exhaustive):</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'impact des catastrophes sur les maladies non transmissibles; • Un plan à long terme répondant aux besoins psychosociaux des populations touchées et des intervenants; • Services de réadaptation; • Rétablir les services de santé et la sécurité de l'environnement aux niveaux d'avant l'événement et réduire les risques d'événements futurs; • Maintenir des services de santé de routine tels que la vaccination (souvent problématique avec une interruption de la chaîne du froid); • Stockage et distribution des médicaments; • Distribution alimentaire; • Gestion de l'eau; • Besoins en main-d'œuvre.

A10.2	Apprendre et s'améliorer	<p>Dans quelle mesure existe-t-il des mécanismes formalisés pour tirer des leçons de la performance du système de santé publique avant, pendant et après les catastrophes?</p>	<p>5 – Il existe un mécanisme d'apprentissage défini qui intègre la santé publique à d'autres leçons et a été utilisé avec des résultats démontrables.</p> <p>4 – Il existe un mécanisme d'apprentissage défini qui intègre la santé publique avec d'autres leçons mais n'a pas encore été utilisé - pas de catastrophe.</p> <p>3 – L'apprentissage se fera via un mécanisme d'examen de la santé publique, mais il est uniquement unilatéral ou bilatéral - les leçons restent dans les cloisonnements de santé publique fonctionnels et il n'y a aucune tentative d'intégrer les enseignements en santé publique avec d'autres disciplines de la ville. De même, la santé publique n'influence pas les apprentissages dans d'autres services.</p> <p>2 – Pas de véritable mécanisme défini, mais des exercices d'apprentissage temporaires ont été utilisés ou peuvent être attendus lors de futures catastrophes.</p> <p>1 – Des tentatives dispersées et fugaces d'apprendre et de s'améliorer dans le passé ont eu lieu ou sont prévues à l'avenir.</p> <p>0 – Aucune tentative d'apprendre et de s'améliorer.</p>	
-------	--------------------------	--	---	--